UNIVERSITÉ DE PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1972 N° 44

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean, Maurice TRAN DINH CAM

Né le 7 Juillet 1944 à Hué (Vietnam)

présentée et soutenue publiquement le

COLITES ULCÉREUSES AIGUES RÉGRESSIVES

Président de Thèse : Monsieur Serge BONFILS (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS 6e

1972

UNIVERSITÉ DE PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean, Maurice TRAN DINH CAM

Né le 7 Juillet 1944 à Hué (Vietnam)

présentée et soutenue publiquement le

COLITES ULCÉREUSES AIGUES RÉGRESSIVES

Président de Thèse : Monsieur Serge BONFILS (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS 6e

1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents

A mon grand-père TRAN-DINH-QUE

A ma tante TRAN-THI-QUY QUESNOT

A Monsieur le Professeur Serge BONFILS

Professeur à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse

En hommage respectueux

A mes Maîtres

MM. les docteurs BLANC

Qui m'aida dans l'élaboration de cette thèse

Avec mes remerciements

MIGNON

BONNEFOND

BAILLY

Madame le docteur MARCHE

COLITES ULCEREUSES AIGUËS REGRESSIVES

P L A N

- Plan

- Introduction

- Résumé de la première observation

- Première observation

- Résumé de la deuxième observation

- Deuxième observation

- Tableau récapitulatif et comparatif

- Etude synthétique du syndrome

- Essai de classification

    I - Diagnostic différentiel avec la maladie de Crohn du côlon

    II - Diagnostic différentiel avec la R C U H

    III - Diagnostic différentiel avec les "formes à minima" de R C U H

    IV - Diagnostic différentiel avec les "formes à minima" de la maladie de Crohn du côlon

    V - Diagnostic différentiel avec les formes atypiques de la maladie de Crohn du côlon et de la R C U H

    VI - Diagnostic différentiel avec les colites ulcéreuses cryptogénétiques

- Remarques au sujet du traitement

- Résumé et conclusions

- Bibliographie

I N T R O D U C T I O N

Parmi l'ensemble des colopathies organiques, plusieurs individualités nosologiques réalisant des tableaux cliniques, biologiques, radiologiques, rectoscopiques, et anatomo-pathologiques bien connus : telle la recto-colite ulcéro-hémorragique, la maladie de Crohn du côlon, les colites spécifiques parasitaires, tuberculeuses etc...

Mais bien souvent les cas rencontrés s'écartent sur certains points de ces cadres trop schématiques. Ainsi, trouve-t-on de nombreuses "formes inclassables" entre la recto-colite ulcéro-hémorragique et la maladie de Crohn du côlon, les formes atypiques ou à minima de ces deux grandes affections.

C'est en fait dans la classification de ces deux affections (RCUH, maladie de Crohn) que se résume souvent l'hésitation diagnostic, car les colopathies spécifiques sont assez facilement éliminées.

L'attention est surtout retenue pour les formes difficilement classables, et les formes non classables entre maladie de Crohn et RCUH.

L'évolution est souvent, pour les deux affections majeures, chronique, faite de rechutes successives et de complications graves aboutissant à l'intervention chirurgicale.

Nous avons observé deux cas, qui initialement

se présentent comme des formes inclassables, mais ils nous ont paru mériter, par la suite, une attention particulière par leur mode de survenue et leur évolution : début brusque, état grave d'emblée, puis régression après une seule poussée étalée sur plusieurs mois, sans récidive après deux ans.

Les deux observations que nous rapportons, illustrent ces faits.

-:-

RESUME DE LA PREMIERE OBSERVATION (Mme C...)

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans qui présenta brusquement une diarrhée fébrile de 3 à 4 selles molles, sans glaire, ni pus, ni sang, accompagnée seulement de douleurs abdominales, à type de coliques.

Sept mois plus tard, devant l'augmentation des troubles, et l'atteinte de l'état général (amaigrissement de 8 Kg), la malade était hospitalisée.

Les examens complémentaires révélaient :

- une hyponatrémie (128 mEq/l), une hypokaliémie (2,5 mEq/l), une hypocalcémie (90 mg/l), une vitesse de sédimentation accélérée (102 à la 1° h, 110 à la 2° h), une hyper-alpha2globulinémie sans hyper-gammaglobulinémie, une légère anémie ;

- des lésions à type d'ulcérations, siégeant sur tout le côlon, au lavement baryté ;

- une muqueuse rectale non fragile, à la rectoscopie, parsemée d'ulcérations séparées par des intervalles de muqueuse saine ;

- l'absence de signes histologiques spécifiques sur les

fragments de biopsie rectale : il existait tout au plus une infiltration inflammatoire lymphocytaire de la muqueuse avec exulcération de l'épithélium de surface ;

- la présence de stéatorrhée, de créatorrhée ; (il n'y a aucun parasite ni germe causal dans les selles).

L'évolution de la maladie se fit en une seule poussée, et sous l'effet d'une rééquilibration hydro-électrolytique et sous corticothérapie, la situation se redressa très rapidement et, un mois plus tard, l'état clinique et paraclinique étaient redevenus pratiquement normaux.

Après un recul de deux ans pendant lesquels la malade fut revue régulièrement en consultation, il n'y a pas de récidive.

-:-

P R E M I E R E O B S E R V A T I O N

Madame C... Michèle, née le 29 mars I949.

1 - Histoire de la maladie :

Les troubles ont commencé en octobre I969 par l'apparition d'une diarrhée faite de 3 à 4 selles liquides, émises le matin, s'accompagnant de douleurs diffuses à type de coliques, sans glaire, ni pus, ni sang.

Au bout de 15 jours, devant la persistance de cette diarrhée Mme C... consultait son médecin traitant ; mais la diarrhée continuait malgré plusieurs traitements symptomatiques.

En décembre, les troubles étaient accentués, avec des selles plus nombreuses, de plus en plus liquides, toujours accompagnées de douleurs abdominales.

L'examen coprologique, pratiqué le 8 décembre 1969, ne montrait que la présence de très nombreuses levures.

En janvier I970, plusieurs examens étaient effectués :

- un examen bactériologique des selles : normal ;

- un examen parasitologique des selles : négatif ;

- un examen fonctionnel, chimique et parasitologique des selles (Dr Goiffon) indiquait des "selles d'évacuation non accélérée avec hypersécrétion ; insuffisance de la digestion des fibres musculaires et des graisses ; putréfaction dominante, parasites non constatés".

- un lavement baryté ne montrait pas d'image de lésion pariétale organique colique, mais un aspect radiologique en faveur d'une iléite terminale ;

- un transit du grêle rapide puisque la valvule de Bauhin était atteinte et le caecum opacifié 2h30 mn après l'ingestion barytée; et les dernières anses iléales étaient d'un calibre tantôt accru, tantôt diminué, et présentaient des contours dentelés et crénelés : ces divers signes radiologiques évoquant un processus inflammatoire affectant tout l'iléon, et, à un degré moindre, le jéjunum.

Au terme de ces investigations, la malade reçut un traitement comportant du Cortancyl (30 mg/j), mais ce traitement demeura sans effet favorable ; au contraire, la malade avait I0 à I5 selles par jour, dont 6 la nuit, elle avait même noté, une fois, la présence de sang dans ces selles, mais elle présentait des hémorroïdes.

Ce tableau se poursuivit jusqu'au début avril 1970, entrainant une altération importante de l'état général : asthénie marquée, anorexie et amaigrissement de 7 kg ; au début avril, apparurent des vomissements post-prandiaux, un fébricule matinal et des frissons nocturnes.

Devant cette aggravation, l'hospitalisation de la malade fût décidée le 13 Avril I970.

II - Antécédents :

- La malade n'avait aucun antécédent pathologique notable.
- Ses antécédents gynécologiques sont normaux.
- Elle n'a pas séjourné dans les pays étrangers, tel le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord, l'Extrême-Orient ou l'Amérique Latine.

III - Hospitalisation le 13 Avril 1970

La malade est hospitalisée dans le service du Professeur BONFILS à Bichat.

A) Examen d'entrée :

Mme C... présente 5 selles liquides quotidiennes (1.200 kg) de coloration normale, des douleurs abdominales, une fièvre à 39°5 une anorexie, et un amaigrissement de 8 kg (55 kg à 47 kg)

A l'examen physique, on note un cadre colique douloureux, l'absence d'hépato-splénomégalie, ainsi que l'absence d'ictère.

B) Evolution de la maladie durant l'hospitalisation.

L'évolution clinique est marquée le 19 avril 1970 par une chute tensionnelle brusque, accompagnée de sueurs importantes, attribuées à la persistance des troubles et au déséquilibre des apports et des pertes.

On institue une réanimation comportant en particulier des corticoïdes (Hémisuccinate d'hydrocortisone : 200 mg/j ; Synacthène I ampoule/j).

Les examens complémentaires indiquent :

- dans le sang :

- une hypocalcémie (90 mg/I) ;
- des troubles ioniques à type d'hyponatrémie (128 mEq/l) et d'hypokaliémie (2,5 mEq/l) ;
- une hyper-alpha2globulinémie (11,8g/l) sans hyper-gammaglobulinémie (8,2g/l)
- une légère anémie, et l'absence d'hyperleucocytose ; par contre il existe une éosinophilie à 8 % ;
- un examen fonctionnel hépatique (bilirubine, tests de floculation, cholestérol , phosphatases alcalines, transaminases) normal ;
- des hémocultures négatives ;

- dans les selles :

. l'absence de parasites ;
. l'absence de bacilles de Koch à l'examen direct, cependant, la cuti-réaction est légèrement phlycténulaire mais les cultures des selles sur milieu de Lowenstein sont négatives ;
. l'existence d'une stéatorrhée et d'une créatorrhée, non chiffrées ;
. l'existence d'une flore abondante à prédominance de Gram- et de rares levures ;

- à la rectoscopie (Dr Soullard 15 avril 1970) :

."Rectoscopie gênée par l'éruption d'une diarrhée jaune claire montre un rectum à la paroi épaisse, peu secrétante, un peu hémorragique.

Il s'agit d'ulcérations disséminées, entre lesquelles, la

muqueuse est moins atteinte. C'est sur l'une de ces ulcérations qu'est faite une biopsie, les lésions semblent intéresser le territoire exploré soit environ 13 cm".

- à l'histologie du fragment biopsé (Pr Bocquet I8 avril I970) :

"Les préparations examinées comprennent deux fragments.

L'un des fragments présente une exulcération superficielle avec altération de l'épithélium de surface. La muqueuse est le siège d'une infiltration inflammatoire lymphocytaire modérée et d'une congestion assez marquée.

Les tubes glandulaires ont une activité muco-secrétante importante.

La muscularis mucosae apparaît régulière.

L'autre fragment est recouvert par un épithélium conservé.

L'infiltration inflammatoire y est plus marquée, de type lymphocytaire. Cette infiltration dissocie les tubes glandulaires qui gardent une morphologie normale.

En aucun point on ne retrouve d'amas histiocytaire ou folliculaire.

Conclusion : c'est l'aspect d'une rectite interstitielle sans caractère spécifique. Il n'existe aucun fragment histologique permettant de confirmer le diagnostic de colite granulomateuse".

- Le lavement baryté (Dr Mombet) :

"Pancolite, aspect en faveur d'une colite ulcéreuse avec atteinte de l'iléon, discrète."

L'état général, ainsi que les signes fonctionnels, s'améliorant d'une façon très nette, la malade peut être mise à une alimentation sans résidu le 24 Avril I970.

Trois jours plus tard, cette alimentation est remplacée par un régime diététique élargi tant l'amélioration des troubles, est constante, en effet, la malade n'a plus qu'une ou deux selles journalières d'un poids total de 0,250 kg alors qu'elle avait, à l'entrée, six selles pesant au total I,200 kg.

- une nouvelle rectoscopie -(Dr Soullard 29 avril I970) ;

"... amélioration sensible sur l'examen précédent, en effet le rectum est habité de selles tapissantes mais pas liquides .

A son extrémité inférieure, il existe 7 à 8 petites ulcérations de 2 à 3 cm de diamètre, recouvertes d'un enduit pultacé, et séparées par des intervalles de muqueuse apparemment saine.

Plus haut, on retrouve les mêmes aspects mais des ulcérations plus rares. Après détersion,ces ulcérations sont à vif, mais saignent très discrètement."

- A l'examen histologique du fragment rectal biopsié (Mme le Dr Marche) :

" Ces deux tout petits fragments biopsiques sont difficilement interprétables. On peut cependant constater qu'il n'existe pas sur le fragment de perte de substance, que l'épithélium de surface et les tubes glandulaires sont réguliers et normalement secrétants, et que dans le chorion et dans la musculaire muqueuse il n'y a pas de formation nodulaire ou de micro-abcès évocateur d'une maladie de

Crohn".

Un nouveau bilan paraclinique montre :

- dans le sang :

. la négativité de plusieurs hémocultures ;

. une normalisation des constantes hydro-électrolytiques ;

- dans les selles :

. au fécalogramme - (Sce du Pr Trémolières). (voir p. 18)

. l'absence de parasites; la présence de blastocytes.

- la rectoscopie (Dr Soullard 13 mai 1970) :

"Rectum rempli de matières consistantes. Muqueuse d'aspect en fond d'oeil. Biopsie sur muqueuse saine."

- L'histologie (Mme le Dr Sonsino) :

"Le prélèvement de muqueuse rectale affectée a été coupé à plusieurs niveaux. Il intéresse une muqueuse rectale normalement différenciée, revêtue par un épithélium présentant une exulcération.

On note une congestion discrète et un infiltrat inflammatoire siégeant dans le chorion et constitué de cellules mononuclées lymphocytes et surtout plasmocytes. La musculaire muqueuse est suivie sur tout son trajet. Dans la sous-muqueuse, on note un discret oedème. Il n'a pas été vu de formation parasitaire, ni d'amas amibien.

FECALOGRAMME DU 22 avril I970 (Mme C.....)

Poids 2110 g

Aspect : liquides % de poids sec : 14,45 (N=21% ± 5)

Débit par 24 h en g	Poids frais	Poids sec	N Total	Protides	N soluble		Lipides	Cendres	Dérivés glucidiques	Eau Eau	Na (mEq)	K (mEq)
					g	% N total						
	2110	143	I4,13	75	2,96	20,9%	10	11,1	49,3	1967	196	61,4
normaux	110 ± 59	23 ± 6	1,2 ± 0,4	5,6 ±1,8	0,30 ± 0,12	25%	3,5 ± 1	3,3 ± 1,6	11 ± 4,6	87 ±29	3,3 ± 2	I2,3 + 4

Concentrations	Par g de selles			Pour 100 g de poids sec					Par litre d'eau fécale		
	Activités protéolytiques			Protides	N solubles	Lipides	Cendres	Dérivés glucidiques	Na (mEq)	N sol (mOsm)	K (mEq)
	Spontanée	après entérokinase	% de trypsine								
	U internationales										
	0	0		48,75	2,1	7	7,75	34,4	100	10,75	31
normaux	0 à 400	0 à 400	80 à I00	25+9	1,4+0,5	15 ± 3,7	14 ± 6	45 ±10	35 ±19		140 ± 50

Conclusion : L'élimination d'eau, de sodium et d'azote, peut cofrespondre à une recto-colite hémorragique en dehors de la crise. Cependant, l'augmentation des lipides et l'activité protéolytique élevée par l'entérokinase, évoquent une composante grêle.

Conclusion : il s'agit d'une rectite interstitielle discrète. Il n'existe aucun signe de malignité."

L'évolution de la maladie étant favorable, cliniquement, en effet : la malade n'a plus qu'une, parfois deux, selles moulées par jour, de 0,250Kg, et sur les examens complémentaires, et ceci grâce au seul traitement médical comportant notamment des corticoïdes, de la salazopyrine (8 comprimés) qu'elle doit poursuivre en ambulatoire, la malade sort de l'hôpital le 16 mai 1970, pesant 47,500kg.

IV - Evolution en dehors de l'hospitalisation.

La malade est revue en consultation un mois plus tard (18 juin 1970) par le Dr Bonnefond qui note un état général florissant avec un bon appétit malgré le régime sans résidu ; la malade a grossi de 3 Kg et pèse donc 50 kg, alors que son poids normal est de 55kg.

La patiente a une selle normale par jour, parfois précédée de quelques coliques.

Elle doit suivre pendant trois semaines le traitement suivant :

. 8 jours de Salazopyrine (6cps/j)
. 8 jours de Mexaforme (4cps/j)
. 8 jours d'Alcacyl (3cps/j)

Le contrôle effectué en début juillet I970 permet de constater :

. une éonisophilie à 8% ;
. un examen fonctionnel hépatique normal ;

. une rectoscopie normale jusqu'à 13 cm ;

. une amélioration très importante des signes radiologiques au lavement baryté, seules, demeurent des haustrations un peu larges et une irrégularité minime du calibre colique. On peut dire que le côlon est pratiquement normal à la radiographie.

Mme C... reprend son travail (agent de bureau) le 1° septembre 1970, dans un état général très satisfaisant.

Elle revient en consultation le 26 octobre 1970 :

- le transit est régulier, une selle moulée par jour, matinale ;
- un bon appétit ;
- reprise de son poids normal (55kg) ;
- l'examen clinique est normal.

La malade doit poursuivre la Salazopyrine (6 cps/j) et l'Alcacyl (3cps/j).

La malade est revue en consultation le 21 juin 1971, enceinte de 8 mois ; sur le plan digestif, on note qu'elle continue à avoir bon appétit et aucun trouble du transit intestinal ; son poids est de 60 kg (ce qui fait qu'elle a grossi de 5 kg pour une grossesse de 8 mois, cela paraît peu).

Elle prend de l'Acidrine de façon intermittente pour des brûlures épigastriques.

Elle est revue le 13 septembre 1971, soit 23 mois après le début de l'épisode pathologique, et deux mois après son accouchement qui s'est déroulé normalement (jumelles). Par ailleurs, elle a toujours bon appétit, une tendance à la constipation depuis l'accouchement, et présente des douleurs abdominales intermittentes.

Son poids est de 54,200kg ; le reste de l'examen est normal.

Le contrôle radiologique du côlon n'a pu être fait, un an après le dernier car on tombait dans la période gestative de la malade ; et, depuis le 13 septembre 1971 la malade ne s'est pas présentée à la convocation.

-:-

RESUME DE LA DEUXIEME OBSERVATION (Mme L...)

Il s'agit d'une jeune de 23 ans qui présenta brusquement une diarrhée faite de 3 selles assez molles par jour, sans glaire, ni pus, ni sang, accompagnée 15 jours plus tard de fièvre, et de vomissements post-prandiaux.

Un mois et demi plus tard, malgré plusieurs traitements symptômatiques, la malade dût être hospitalisée devant l'aggravation de son état : troubles du transit majorés et atteinte profonde de l'état général (amaigrissement de 5kg)

Les examens complémentaires indiquaient :

- une hyponatrémie (128 mEq/l), une hypokaliémie (3 mEq/l), une hypocalcémie (75mg/l), une vitesse de sédimentation accélérée, une hyper-alpha2globulinémie sans hyper-gammaglobulinémie ;

- des lésions en "bouton de chemise" sur tout le côlon, au lavement baryté ;

- l'existence d'ulcérations, à la rectoscopie, entre lesquelles la muqueuse rectale semblait être saine, de plus, celle-ci n'était pas fragile ;

- l'existence d'une rectite ulcéreuse hypersécrètante et interstitielle, inflammatoire, ne présentant pas d'aspect spécifique ;

- l'existence de stéatorrhée, de créatorrhée, l'absence de germes et de parasites responsables dans les selles ;

Au début de l'hospitalisation, les signes digestifs s'accentuèrent, mais une réanimation et une corticothérapie amenèrent rapidement une très importante amélioration tant clinique que paraclinique ; après deux ans de recul, pendant lesquels la malade fût suivie régulièrement en consultation, elle n'a pas eu de rechute et actuellement, sans traitement, son état clinique est très satisfaisant.

-:-

D E U X I E M E O B S E R V A T I O N (Mme L...)

Mme L... Monique, née en I947

1 - Histoire de la maladie :

Les troubles ont commencé le 15 mars 1970 par une diarrhée de 3 selles assez moulées par jour, non sanglantes, ni glaireuses, ni purulentes et non accompagnées de fièvre.

La malade qui ne se plaignait par ailleurs de rien d'autre, attendit 15 jours avant de consulter sos médecin traitant qui lui prescrivit du Diarsed et du Bactisubtil qui restèrent sans effet.

Elle reconsulta le 1° avril 1970 pour les mêmes signes, avec en plus une fièvre à 39°5 ; son médecin lui ordonna de la Tifomycine qui resta inefficace. Le séro-diagnostic de Widal était négatif.

La fièvre persistant à 40°C, la malade fût soumise à 3g de Céporine par jour, pendant deux jours. Sous ce traitement, la fièvre baissa à 38°5.

Un mois après le début de la maladie, le transit redevint normal avec une selle bien moulée par jour ; la température oscillait entre 38 et 38°5 le soir, mais à partir du 18 avril 1970, la malade

avait de nouveau 3 selles molles par jour, très fétides, avec en plus l'apparition de vomissements après les repas.

Depuis le début de la maladie, Mme L... avait maigri de 5kg.

Son médecin traitant décida de l'hospitaliser à Bichat, dans le service du Pr BONFILS, le 25 avril 1970.

II - Antécédents.

A) Chirurgicaux :

La malade avait présenté en 1958 une péritonite appendiculaire opérée (?) aux Enfants Malades.

Appendicectomie en 1966, en clinique ; l'examen anatomo-pathologique avait révélé qu'il s'agissait d'une appendicite chronique atrophique.

B) Médicaux :

. Pas d'antécédents pathologiques connus.
. Les antécédents gynécologiques sont normaux.
. Pas de voyage à l'étranger.

III - Hospitalisation le 25 avril 1970

A) Examen d'entrée :

La malade pèse 42 kg (poids normal : 47 kg) pour 1m,65

Elle présente une diarrhée faite de 3 à 4 selles

liquides par jour, d'un poids de 0,750 kg environ, une légère défense de l'hypocondre gauche, une fièvre à 38°4 le soir.

B) Evolution de la maladie durant l'hospitalisation :

L'état de la malade s'aggrave dès le début de l'hospitalisation et on doit la traiter, avant d'avoir les résultats des différents examens complémentaires, par notamment des corticoïdes (Betnésol:8 cps/j) ; et Betnésol 2mg en intra-veineux , de l'Intétrix (8 cps/j), de la Gentalline (120mg/j), une réanimation hydro-électrolytique, et un régime diététique.

Le 25 mai 1970, apparaissent des vomissements post-prandiaux que l'on met d'abord sur le compte d'une intolérance à l'Intétrix, mais la suppression de ce médicament n'entraîne pas l'arrêt des vomissements.

Ces vomissements empêchent toute alimentation et on doit perfuser la malade qui présente une importante asthénie occasionnée par les désordres hydro-électrolytiques ; hyponatrémie et hypokaliémie.

Un premier bilan paraclinique indique :

- dans le sang :

. une vitesse de sédimentation accélérée (110 à la Ie heure, et 119 à la 2e heure) ;
. une anémie à 3.620.000 hématies par milli-litre, normochrome.;
. l'absence d'hyperleucocytose, malgré le tableau infectieux;
. une éosinophilie à 5% ;
. une glycémie à 1,05 g/l ;
. une calcémie à 75mg/l ;

. une natrémie à 132 mEq/1 ;

. une kaliémie à 3 mEq/1 ;

. une cholestérolémie à 1,30 g/1 ;

. une bilirubinémie à 20mg/1 ;

. une hyper-alpha2globulinémie à 10,5g/1, sans hyper gamma-globulinémie ;

- dans les selles :

. au fécalogramme (Sce du Pr Trémolières) (voir p. 28)

. une stéatorrhée et une créatorrhée ;

. la présence de très nombreuses colonies de colibacilles, et de quelques colonies de protéus ;

. à l'examen fonctionnel, chimique, bactériologique, et parasitologique des selles (Dr Goiffon) ;

."Selles d'évacuation accélérée avec hypersécrétion. Bonne capacité digestive sauf pour le côlon.

Fermentations acides augmentées par l'élévation des putréfactions probablement secondaires à la présence de produits de sécrétions de la muqueuse.

Parasites non constatés.

Insuffisance fonctionnelle de la flore colique probablement secondaire à l'action d'antibiotiques ou d'antiseptiques.

Irritation intense de la muqueuse colique."

- la rectoscopie (Dr Soullard 12 mai 1970) :

" On constate extérieurement deux ulcèrations anales bipôlaires à 11 h et à 6 h.

LABORATOIRE DE NUTRITION HUMAINE
HOPITAL BICHAT

F E C A L O G R A M M E

Régime : dyspeptique

Aspect : liquides % de poids sec : 9,75 (N = 21 g ± 5)

Débits 24 h. en g	Poids frais	Poids sec	N Total	Protides	N soluble		Lipides	Cendres	Dérivés glucidiques	Eau	Na (mEq)	K (mEq)
					g	% N total						
	470	46	4,23	17,3	1,46	34,5%	7,1	2,8	I7,2	4,24	20,7	26,2
Normaux	110 ± 59	23 ± 6	1,2 ± 0;4	5,6 ± 1,8	0,30 ±0,12	25 %	3,5 ±1	3,3 ±1,6	11 ± 4,6	87 ± 29	3,3 ± 2	12,3 ± 4

Concentrations	par g de selles			Pour I00 g.de poids sec					Par litre d'eau fécale		
	Activités protéolytiques										
	Spontanée	Après entéro-kinase	% de trypsine	Protides	N soluble	Lipides	Cendres	Dérivés glucidiques	Na (mEq)	Nsol (en Osm)	K (mEq)
	en Unités internationales										
	400.800	400.800	50 %	37,8	3,2	15,4	6,1	37,5	49	24 5	62
Normaux	0 à 400	0 à 400	80 à 100 %	25 ± 9	1,4 ± 0,5	15 ± 3,7	I4 ± 6	45 ± I0	35 ± I9		140 ± 30

Contracture sphinctérienne. L'introduction difficile de l'anuscope révèle une prolongation de l'ulcération du pôle inférieur surtout et autour du canal anal, débordant dans le rectum, à type de ragades.

L'endoscopie est rendue difficile par une diarrhée peut-être purulente, très abondante.

Cependant, après détersion, on constate surtout dans le bas sigmoïde, des ulcérations de 3 à 4 cm de diamètre, le reste de la muqueuse est congestive, mais ne saigne pas au contact."

- la radiologie :

. le lavement baryté indique : des ulcèrations étendues sur la presque totalité du côlon semblant déchiqueter le contour et réalisant sur le côlon descendant un aspect pavimenteux.

Le rectum paraît indemne mais l'atteinte se fait sur l'ensemble du côlon avec peut-être quelques intervalles de muqueuse saine (une partie du sigmoïde et la partie droite du transverse).

Il est important de noter qu'il persiste des haustrations coliques et que le calibre n'est diminué ni sur le côlon, ni sur le rectum.

. Le transit du grêle indique qu'en 2 ou 3 points (2° duodénum, union du jéjunum et de l'iléon, et anse iléale terminale) on observe des aspects pouvant correspondre à une modification fonctionnelle du grêle.

- l'Histologie (Mme le Dr Sansino) : étude faite sur une biopsie

prélevée au niveau d'une ulcèration sigmoïdienne et d'une ulcèration rectale basse :

" La totalité des prélèvements examinés, présente un aspect assez superposable.

La muqueuse rectale qui est revêtue sur certains territoires par un épithélium de revêtement normalement différencié, présente de nombreuses ulcèrations, elle est recouverte par un enduit fibrino-leucocytaire où des nappes de mucus enserrent dans leurs mailles, de très nombreux polynucléaires.

Les tubes glandulaires sont de tailles irrégulières. Tous les éléments cellulaires sont bien différenciés.

Il n'existe aucun signe de souffrance cellulaire, certains tubes sont hypersécrètants.

Le chorion est oedémateux et congestif dans les zones superficielles, infiltré sur toute son étendue par des éléments inflammatoires polymorphes.

Il existe quelques ilôts lymphoïdes d'aspect normal et l'on ne note aucun signe de malignité.

En conclusion : il s'agit d'une rectite ulcéreuse hypersécrètante et interstitielle inflammatoire, ne présentant pas d'aspect spécifique."

Depuis l'institution, le 25 avril 1970 du traitement, on note :

- sur la courbe thermique, un effet spectaculaire après 24 heures (38°9 descendus à 37°5) se prolongeant les jours suivants, mais à partir du 19 mai 1970, on note une réascension thermique passagère.

- les selles sont diminuées en nombre (une à deux par jour) et en poids (0,300 kg à 0,400 kg/j) et elles semblent être un peu plus consistantes, mais sont encore très molles.

Un deuxième bilan paraclinique, complètant le premier, indique ;

- dans le sang :

. une anémie à 4.100.000 hématies par milli-litre, normochrome.
. toujours l'absence d'hyperleucocytose ;
. la normalisation de la calcémie ;
. une hyponatrémie (137 meq/l) et une hypokaliémie (3,9mEq/l)
. la négativité de la recherche d'anticorps antinucléaires.

- dans les selles :

Il existe une flore abondante, sans prédominance, de nombreuses bacilles Gram - quelques bacilles Gram +; de nombreux cocci Gram + en diplocoques, chaînettes et amas.

- la rectoscopie (Dr Soullard 3 juin I970) :

" Il persiste une ulcèration du pôle inférieur du canal anal, à demi-cicatrisée, et du pôle supérieur qui l'est moins, mais l'ulcération inférieure se prolonge sur le rectum sur 3 cm, à la face antérieure, elle a 5 mm de large ; au-delà, les lésions sont minimes.

On trouve encore des ulcèrations à demi-cicatrisées être des fragments de selles, montrant que le rectum est de nouveau "habité" donc en meilleur état."

- le lavement baryté indique la persistance de la pancolite avec les modifications suivantes par rapport à l'examen précédent :

. les images en "bouton de chemise" sont beaucoup moins nombreuses ;

. l'hyperhaustration du transverse ;

. l'atteinte droite est plus marquée, avec rétraction caecale.

Le bilan clinique, pratiqué après un mois d'hospitalisation, est favorable, en effet, l'état général est redressé, la malade ne vomit plus depuis qu'elle n'a plus de médicaments "per os", et elle a bon appétit.

Son poids est stabilisé autour de 33,800kg, soit 9 kg de moins qu'à l'entrée.

La malade sort de l'hôpital le 27 juin I970, avec un très bon résultat sur le plan du transit : les selles sont normales ; les douleurs et la fièvre n'existent plus ; elle pèse 40 kg et a un très bon appétit.

Le contrôle rectoscopique du 17 juin 1970, effectué par le

Dr Soullard, montre : "Les ulcérations du canal anal ont pratiquement disparu. Le rectum est "habité" de selles crèmeuses entre lesquelles les intervalles de muqueuse sont normaux."

Durant l'hospitalisation, son traitement comporte surtout des corticoïdes par voie générale et locale (Betnésol : 8 cps/j et 2 mg en intra-veineux ; Betnésol soluté rectale : 1 ampoule/j), du potassium, du calcium et des lavements de Coliphylus.

IV - Evolution en dehors de l'hospitalisation :

La malade est revue à la consultation du Dr Blanc, le 19 août, dans l'état suivant :

. Etat clinique parfait ;
. poids de 47kg (poids d'avant la maladie) ;
. appétit et transit normaux ;

Elle doit poursuivre le régime diététique et le Mexaforme (4cps/j) pendant 15 jours par mois.

Le Dr Blanc la revoit le 9 septembre 1970, inchangée ; il décide l'arrêt du Mexaforme, et la poursuite du régime diététique.

Un lavement baryté de contrôle, pratiqué à cette époque, montre que l'image de colite ulcèreuse est encore nettement marquée sur plusieurs segments : sigmoïde, transverse, côlon droit.

Mais les intervalles de muqueuse apparemment libre, semblent plus importants que sur les clichés du mois de juin ; l'hyperhaustration portant sur plusieurs segments, antérieurement notée, a diminué.

Lorsque Mme L... revient à la consultation du Dr Bonnefond, le 19 novembre 1970, elle a repris son travail (agent de bureau), son état clinique était encore meilleur puisqu'elle a grossi de 0,500 kg et pèse donc 47,500 kg.

Elle présente lors de la consultation du 8 mars I971, un état général excellent, et sur le plan digestif : un bon appétit en dépit d'un régime sans lait et sans pommes de terre, une selle normale par jour, non accompagnée de douleurs abdominales, parfois même, elle reste 2 ou 3 jours sans aller à la selle.

Elle a perdu 1kg par rapport à la consultation précédente.

L'examen clinique est normal.

- La rectoscopie (Dr Soullard 24 février I971) :

"Canal anal normal. Aucune trace de fissure précédemment existante. Rectoscopie négative jusqu'à 15 cm".

- Les examens biologiques du 1°.mars I971 sont normaux :

. une kaliémie à 4 mEq/1 ;
. une protidémie à 76g/1 ;
. une petite éosinophilie à 5% (Leucocytes = 6.200 mm3)

La malade a eu une selle diarrhéique vers la mi-juin. L'examen n'a décelé qu'une sensibilité et des gargouillements dans l'hypocondre droit.

Les examens biologiques montrent des chiffres normaux.

La malade doit poursuivre un régime plus strict, prendre de

l'Intétrix à la dose de 6 comprimés par jour et du Tranxène 5 à la dose de deux gélules par jour.

On lui accorde 8 jours d'arrêt de travail. Mais le 21 juin 1971, la situation n'étant pas entièrement rétablie, en effet, la malade présente encore un appétit médiore, ainsi qu'un amaigrissement de 2kg (44,600 kg), on lui prolonge son arrêt de travail de 15 jours.

On apprend d'autre part la survenue de soucis familiaux graves auxquels on attribue les troubles actuels.

Lorsqu'elle reconsulte le 5 juillet I971, la malade se porte bien, elle a même grossi de 1kg (45,500kg).

Le dernier lavement baryté, pratiqué le 1° juillet 1971 est strictement normal.

A sa dernière consultation du 13 septembre 1971, soit I8 mois après l'épisode pathologique, on note un bon état général, son transit est normal avec une selle moulée par jour, la malade a même tendance à être constipée, l'appétit est revenu, l'examen physique est normal.

TABLEAU RECAPITULATIF ET COMPARATIF

	Observation n° I (Mme C...)	Observation n°2 (Mme L...)
CLINIQUE	- Age : 20 ans	- Age : 23 ans.
	- Agent de bureau	- Agent de bureau
	- hospitalisée en avril I970	- hospitalisée en avril I970
	- Diarrhée : 3 à 4 selles liquides sans glaire, ni pus, ni sang	- Diarrhée : 3 selles assez molles sans glaire, ni pus, ni sang.
	- Douleurs abdominales diffuses	- Pas de douleurs abdominales.
	- Cadre colique douloureux à la palpation	- Hypocondre gauche douloureux à la palpation.
	- Fièvre à 39°5C.	- Fièvre à 39°C.
	- Plusieurs traitements en ville. inefficaces,	- Plusieurs traitements en ville, inefficaces.
	- Altération importante de l'état général avec amaigrissement de 7 kg en 6 semaines	- Altération importante de l'état général avec amaigrissement de 5 kg en I mois I/2.
	- Vomissements post-prandiaux.	- Vomissements post-prandiaux.
BIOLOGIE	- Hémocultures négatives	- Hémocultures négatives
		- Séro-diagnostic de Widal négatif.
	- Pas d'hyperleucocytose	- Pas d'hyperleucocytose.
	- Eosinophilis à 8%	- Eosinophilie à 8%

	- Hyponatrémie. - Hypokaliémie. - Absence de parasites et de germes responsables dans les selles. - Hypocalcémie à 90 mg/l. - Stéatorrhée. - Créatorrhée. - Hyper alpha2 globulinémie,sans hyper gamma globulinémie.	- Hyponatrémie. - Hypokaliémie. - Absence de parasites et de germes responsables dans les selles. - Hypocalcémie à 75 mg/l. - Stéatorrhée. - Créatorrhée. - Hyper alpha2globulinémie,sans hyper gamma globulinémie.
RADIOLOGIE	- Transit du grèle rapide puisque la valvule de Bauhin est atteinte et le caecum opacifié 2h30mn après l'inspection barytée.Modifications fonctionnelles des anses iléales qui sont tantôt accrues, tantôt diminuées de calibre, avec quelques spicules. - Lavement baryté : Pancolite, aspect en faveur d'une colite ulcèreuse avec atteinte de l'iléon discrète (micro-ulcérations?). Conservation des haustrations.	- Transit du grèle :Aspect fonctionnel de sténose peu serrée au niveau du 2° duodénum, de l'anse iléale préterminale ; la dernière anse iléale n'est pas opacifiée. - Lavement baryté : Ulcérations étendues sur presque tout le côlon, en "bouton de chemise". Le rectum semble indemne. Atteinte plus importante du côlon droit. Images d'hyperhaustration, disparues un an après. Conservation des haustrations.
RECTOSCOPIE	- Pas d'ulcèration du canal anal.	- Deux ulcérations anales bipôlaires.

	- pas de fissure, ni de fistule anale. - Très légère hémorragie de la muqueuse rectale. - Ulcérations de 2 à 3 cm de diamètre, disséminées sur la muqueuse rectale, et séparées par des intervalles de muqueuse saine. Enduit pultacé recouvrant les lèsions. - Pas de fragilité de la muqueuse rectale.	- Pas de fissure ni de fistule anale. - Pas d'hémorragie de la muqueuse rectale. - Ulcérations de 3 à 4 cm de diamètre, localisées surtout dans le bas sigmoïde et séparées par des intervalles de muqueuse saine. - Pas de fragilité de la muqueuse rectale.
HISTOLOGIE	- Exulcération de l'épithélium de revêtement. Infiltration inflammatoire lymphocytaire de la muqueuse. - Tubes glandulaires hypersécrètants	- Epithélium de revêtement ulcéré en de nombreux endroits, recouvert par un enduit fibrino-leucocytaire - Chorion oedémateux et congestif dans les zones superficielles. - Infiltration polymorphe. - Certains tubes glandulaires hyper-sécrètants.
EVOLUTION	Après un début brutal, évolution progressive en six mois, de la maladie, vers une altération importante de l'état général, qui dure quelques jours ; puis la normalisation de l'état clinique s'est faite en trois semaines sous le seul traitement médical	Après un début brutal, évolution progressive en un mois vers une altération importante de l'état général, qui dure plusieurs jours : redressement et normalisation de l'état clinique se sont faits en deux mois sous le seul traitement

	La malade n'a aucune rechute après deux ans de recul, et les derniers contrôles indiquent : un très bon état clinique avec tendance à la constipation, un rectum normal jusqu'à 13 cm à la rectoscopie ; normalisation presque complète des signes radiologiques, une grossesse ayant empêché un nouveau contrôle un an après le dernier lavement baryté. Notons un accouchement gemellaire sans problème. Pas de rechute à cette occasion.	médical. La malade n'a aucune rechute après deux ans de recul, le dernier bilan est très favorable puisque l'état clinique est excellent, ainsi que la rectoscopie (les ulcèrations du canal anal ont disparu deux mois après leur première constatation); les images d'hyperhaustration ont disparu ainsi que les images de colite.
TRAITEMENT	- Réanimation hydro-électrolytique - Corticothérapie et Salazopyrine (6 cps/j).	- Réanimation hydro-électrolytique. - Corticothérapie et Salapyrine (6 cps/j)

L'étude de ce tableau nous permet de constater que les deux observations sont, sur la presque totalité des points, semblables, tant du point de vue clinique, paraclinique et surtout qu'évolutif, ce qui nous autorise à penser qu'il peut s'agit d'une même maladie dont nous nous proposons de faire la synthèse.

ETUDE SYNTHETIQUE DU SYNDROME

1 Clinique :

L'étude est faite sur le cas de deux jeunes femmes, observées sensiblement à la même époque (avril 1970) ; depuis, on n'a plus observé de cas semblables dans le service.

A) Signes digestifs :

Ils sont surtout représentés par une diarrhée composée de 3 à 4 selles par jour, molles, de couleur normale, ne contenant ni glaire, ni pus, ni sang , et de vomissements post-prandiaux.

B) Signes infectieux :

Il existe des clochers thermiques à 39°C-40°C, réagissant très favorablement et rapidement, à la corticothérapie.

C) Signes généraux.

En un à six mois d'évolution, on observe un amaigrissement de 5 à 7 kg ; les malades présentent également une asthénie, une anorexie, et une déshydratation.

D) Signes physiques :

Il n'existe qu'une sensibilité du cadre colique, à la palpation.

E) Signes négatifs de valeur :

- pas de fragilité de la muqueuse rectale : le toucher rectal est normal, non sanglant ;
- pas de fistule anale ;
- pas de signes extra-digestifs : rhumatismes, lésions cutanées, lésions oculaires, etc...

II - Biologie

Les signes biologiques, pris individuellement, ne présentent que peu d'intérêt de par le fait de leur non-spécificité, mais, considérés dans leur ensemble, ils forment un tableau bien précis puisque retrouvé exactement pareil dans les deux observations :

A) Dans le sang :

- l'anémie est minime, normochrome ;
- l'éosinophilie de 5 à 8%
- l'hypocalcémie de 90 à 75 mg/I.
- l'hyponatrémie de 132 à 128 mEq/I ;
- l'hypokaliémie de 3,5 à 3 mEq/I ;
- la vitesse de sédimentation est accélérée (108 à la I° heure, 110 à la 2° heure)
- l'hyper alpha2globulinémie (10,5 à 11,8g/1), sans hypergamma globulinémie ;

B) Dans les selles :

- la stéatorrhée
- la créatorrhée ;

C) Signes négatifs :

- l'absence d'hyperleucocytose, malgré le tableau infectieux ;
- la négativité de plusieurs hémocultures ;
- l'absence de germes et de parasites responsables dans les selles.

III Radiologie :

Les signes radiologiques, lorsqu'on les a observés pour la première fois, étaient d'emblée maximaux, leur régression s'est faite assez rapidement.

A) Transit du grèle :

Il est rapide, et comporte des modifications fonctionnelles.

B) Lavement baryté :

Les lésions, à type de "bouton de chemise", siègent sur tout le côlon. Certaines images semblent être des micro-ulcèrations.

Les haustrations coliques sont conservées, quoique élargies.

IV - Rectoscopie.

Effectuées jusqu'à I5 cm, les rectoscopies successives permettent de constater que les lésions de la muqueuse rectale, régressent rapidement et complètement ; ces lésions sont faites d'ulcèrations de 2 à 3 cm de diamètre, recouvertes d'enduit pultacé, et, alternent avec des intervalles de muqueuse saine.

Fait important, cette muqueuse, malgré son aspect, n'est pas fragile, en effet, les lésions sont peu ou pas hémorragiques, et le contact avec le rectoscope ne provoque pas de saignement.

V - Histologie.

L'évolution favorable de la maladie ne nous a pas permis d'avoir de pièce opératoire, par conséquent, notre étude anatomo - pathologique se résume à celle effectuée sur des fragments rectaux biopsiés.

Ces biopsies sont faites en pleines ulcérations.

On observe une atteinte superficielle faite d'ulcèration de l'épithélium de revêtement, une inflammation de type lympho-plasmocytaire de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Les tubes glandulaires sont hypersécrètants.
Signes négatifs : il n'y a pas de lésions spécifiques (granulomes à cellules géantes), ni d'amas parasitaires.

VI - Evolution :

- le début est brutal sans en être pour autant violent ;

- l'aggravation s'est faite en une seule poussée après 2 à 6 mois d'évolution ;

- la guérison clinique, rapide, sous réanimation avec corticothérapie générale et locale ;

- la normalisation des signes biologiques et rectoscopiques est totale ; les signes radiologiques ont une régression pratiquement complète après quelques mois d'évolution.

Il n'y a pas de rechute après un recul de deux ans.

On n'arrive pas à priori, à classer ce tableau dans une des différentes familles de colopathies organiques connues actuellement, comme nous allons le constater.

E S S A I DE C L A S S I F I C A T I O N

Il est aisé de démontrer que les deux observations ne peuvent être classées dans les formes typiques de recto-colite ulcéro-hémorragique et de maladie de Crohn du côlon.

Nous envisagerons d'abord les points communs entre nos deux observations et ces deux affections, puis les points qui les séparent, enfin la synthèse en vue d'une individualisation de nos observations parmi les autres colopathies organiques.

1 - Diagnostic différentiel avec la maladie de Crohn du côlon (1), (8) (16), (21), (23), (24), (25).

A - Signes communs :

a) Clinique :

- On relève la diarrhée, faite de selles en nombre variable, fécales, molles, mais dans le cas de la maladie de Crohn du côlon, elles sont fréquemment accompagnées de glaire, de pus, ou de sang ;

- les douleurs abdominales, à type de coliques ;

- l'altération importante mais plus ou moins rapide de l'état général avec amaigrissement de plusieurs kilogrammes, asthénie marquée, anorexie, et fièvre, dans les poussées évolutives.

b) biologie :

- la vitesse de sédimentation est très accélérée ;
- l'hypokaliémie, caractérise les formes sévères des maladies de Crohn.

c) Radiologie :

- Les images pavimenteuses de la maladie de Crohn sont à rapprocher des images d'hyperhaustration colique de l'observation n°2.

d) Rectoscopie :

- Les ulcérations du canal anal, bipôlaires, comme celles de l'observation n°2, mais elles n'ont pas autant de valeur que les fistules anales ;

- l'alternance de muqueuse pathologique et de muqueuse saine ;

- l'absence de fragilité de cette muqueuse.

e) Histologie :

- On ne trouve aucun signe commun si ce n'est l'inflammation non spécifique lympho-plasmocytaire des lésions.

B) Signes propres à la maladie de Crohn du côlon et non retrouvés dans le syndrôme :

a) Clinique.

- Les rectorragies qui se limitent à des filets sanglants le plus souvent et ne prenant pas le caractère des évacuations sanglantes importantes observées parfois dans la maladie de Crohn ;

- les épisodes sub-occlusifs observés dans les formes sténosantes, donc évoluées, peuvent révéler la maladie ou émailler son évolution.

- les manifestations extra-digestives dominées par :

. l'atteinte articulaire, mono ou pluri-articulaire, touchant de préférence les grosses articulations qui sont alors douloureuses, plus ou moins tuméfiées ; la spondylarthrite semble fréquente au cours de la maladie de Crohn du côlon ;

. les manifestations cutanées parmi lesquelles nous insisterons de nouveau sur les ulcérations péri-anales ; l'érithème noueux rencontré dans les formes fébriles ; on peut observer une pyodermite voire un psoriasis (8) ;

. les manifestations hépatiques faites en général, d'une stéatose hépatique, en particulier chez les sujets dénutris;

. les manifestations oculaires à type de conjonctivite ;

. les manifestations anales (8) (15), inconstantes, mais leur existence est très précieuse pour l'établissement du diagnostic ; il s'agit de fissures uniques ou multiples, torpides, à bords irréguliers sans induration, indolentes ; de fistules, souvent multiples, complexes, indolentes ; d'ulcérations péri-anales, vastes, s'étendant en surface et en profondeur vers les organes génitaux

externes, la fosse ischio-rectale, délabrant les sphincters, recouverts de pus ;

b) Radiologie :

- L'association d'une atteinte organique de la dernière anse iléale et d'une atteinte colique, est très évocatrice d'une maladie de Crohn ;

- L'atteinte segmentaire, unique ou multiple, dans ce dernier cas les segments affectés sont séparés par des intervalles apparemment sains ;

- Les images ne sont pas uniformes du fait de la fibrose plus ou moins importante et plus ou moins régulière, réalisant des aspects de rétrécissements asymétriques avec parfois conservation d'une ou deux haustrations dans une zone atteinte, réalisant un aspect pseudo-diverticulaire ;

- Les ulcérations longitudinales et transversales qui sont très spécifiques de la maladie ; elles sont en "épines de rose", perpendiculaires à la lumière intestinale, pénètrent profondément dans la paroi colique ; la combinaison de ces deux types d'ulcérations, jointe à un oedème de la muqueuse, aboutit à des formations pseudo-polypoïdes dites en pavé.

c) Histologie (22)

- les nodules sarcoïdosiques formés de cellules géantes éntourées de cellules épithélioïdes, sans caséification centrale, sont, pour la plupart des auteurs, pathognomoniques ; ils sont présents de la sous-muqueuse à la sèreuse et dans les ganglions lymphatiques, mais

ils ne sont pas constamment retrouvés ; il est difficile d'affirmer l'absence de ces nodules chez nos malades, étant donné la limitation de la surface malade explorée et accessible.

- les fissures transmurales bordées d'un tissu granulomateux de type lympho-plasmocytaire, leur présence est particulièrement utile en cas d'absence de nodules sarcoïdosiques.

d) Evolution sous traitement

Elle est chronique et souvent grave, émaillée de complications telles que les fistules (recto-vaginales, côlo-coliques, côlo-duodénales) ou les épisodes occlusifs. Les lésions, généralement, débutent au niveau du côlon droit et évoluent vers le côlon gauche.

Lorsqu'il existe une rémission due notamment à la corticothérapie ou aux immuno-dépresseurs, celle-ci n'est pas complète, ni durable, et les rechutes fréquentes obligent dans la plupart des cas à intervenir chirurgicalement.

Nous voyons que le traitement de la maladie de Crohn du côlon est difficile, qu'il doit être appliqué pendant longtemps pour un résultat médiocre ; alors que nos malades ont une évolution régressive pratiquement sans traitement,et c'est là un point essentiel.

C) Signes observés chez nos malades, et n'existant pas dans la maladie de Crohn du côlon :

- l'hypéréosinophilie à 8% (Mmes C... et L... n'ont aucune affection allergique, ni de parasites).

- La pancolite, irrégulière, avec des images

en "bouton de chemise"

- l'hypersécrètion des tubes glandulaires ;

- et surtout l'évolution très favorable, peu prévisible devant la gravité du tableau, lors de la poussée.

D) Conclusion : Nous voyons qu'il existe une similitude entre certains signes de la maladie de Crohn du côlon et certains autres de ce syndrome ; mais cette similitude porte sur des signes qui ne sont pas très spécifiques de la maladie de Crohn ; il manque notamment les signes extra-digestifs, la segmentarité des lésions coliques, les cellules géantes. Ce syndrôme possède, en plus, plusieurs signes dont le plus important, à notre avis, est l'évolution extrêmement favorable sous un traitement médical, aboutissant à une restitution "ad integrum" et sans récidive après deux ans de recul.

Cette discordance au sujet d'éléments aussi importants ne nous permet pas d'intégrer ce syndrome dans le cadre des maladies de Crohn.

II Diagnostic différentiel avec la recto colite ulcèro-hémorragique (31) (17)

A - Signes communs :

a) Clinique :

- Les douleurs abdominales diffuses, ressemblant à celles de l'observation N° 1

- l'atteinte de l'état général avec asthénie, anorexie et amaigrissement lors de poussée grave de la RCUH ;

- les vomissements, inconstants dans le cas de la recto-colite-ulcéro-hémorragique ;

- parfois une sensibilité du côlon descendant, à la palpation.

b) Biologie :

- l'anémie, peu importante, dépend, dans le cas de la recto-colite ulcèro-hémorragique, de l'intensité de l'hémorragie recto-colique.

c) Radiologie :

- les images en "bouton de chemise" de siège pancolitique, avec, dans le cas de la recto-colite ulcèro-hémorragique, une prédominance sur le colon gauche où elles ont débuté, ce dernier caractère manque à nos observations qui n'ont été vues qu'au stade de pancolite.

d) Rectoscopie :

Les ulcèrations arrondies, parsemant la muqueuse rectale, mais ne laissant pas, dans le cas de la recto-colite ulcèro-hémorragique, classiquement, d'intervalles de muqueuse saine.

e) Histologie :

- le siège muqueux et sous-muqueux des lésions ;

- l'hypersécrètion des tubes glandulaires réalisant une "hypercrinie" ;

Busson et Chomé (5) interprètent cette hypercrinie comme une réaction de défense des cellules à mucus à une agression, celle-ci ne provient pas de l'extérieur mais de l'intérieur, cette sécrètion qui a pour but de protéger la paroi colique est donc inutile.

- l'infiltration inflammatoire non spécifique lymphoplasmocytaire du chorion, mais avec en plus, dans le cas de la recto-colite ulcèro-hémorragique, l'existence d'éosinophilie.

B) Signes propres à la recto-colite ulcèro-hémorragique et non retrouvés dans le syndrome :

a) Clinique :

- le terrain favorisant, il s'agit de sujets dont la structure de la personnalité est marquée, avant tout, par une immaturité affective et sexuelle, rendant ces patients très vulnérables à tout sentiment de perte (3).

- la cause déclenchante, psychique dans plus de la moitié des cas et que l'on peut classer sous trois rubriques : perte objectivale, blessure narcissique, impossibilité d'assumer des responsabilités nouvelles ; (3)

- Le caractère afécale, glaireuse, purulente, et surtout très sanglante de la diarrhée ;

- la fragilité extrême de la muqueuse rectale qui saigne au moindre contact, souillant ainsi le doigtier.

b) Biologie :

- l'hyperleucocytose, même dans le cas où il n'existe aucun signe infectieux ;

- l'hypoalbuminémie franche.

- l'augmentation des alpha et gammaglobulines.

c) Radiologie :

- les atteintes de la muqueuse se composent de :

. les altérations marginales avec des bords qui s'estompent en un léger dégradé de quelques dixièmes de millimètres où l'on voit souvent de fines indentations marginales réalisant l'aspect en "bordure de timbre" ou "dents de souris" ;

. à un stade plus avancé apparaissent des images d'addition sous forme de spicules ou d'abcès réalisant un aspect en bouton de chemise déjà cité dans "les signes communs".

. au maximum, la muqueuse est décollée sur une assez grande longueur et cette éventualité donne lieu à un aspect en double contour.

- Les anomalies de la segmentation haustrale sont faites de raréfaction et d'empêtement de celle-ci, elles donnent un aspect lisse au côlon ; ces anomalies ne prennent toute leur valeur que si elles s'associent à une certaine diminution du calibre colique.

- les modifications du calibre sont les suivantes :

Le diamètre du côlon et du rectum diminue de façon va-

riable ainsi que leur taille : le transverse devient horizontal, les anses sigmoïdes s'effacent et les angles s'arrondissent ; toutes ces modifications aboutissent à une microcolie et à une microrectie plus ou moins accentuées, donnant un aspect en "tuyau de plomb".

d) Rectoscopie :

- en période de poussée aigüe la muqueuse rectale est rouge framboise, granuleuse, piquetée d'une multitude de petites zônes hémorragiques, séparées par des ulcèrations de profondeur et d'étendue variable, de plus elle est très fragile ; il n'y a pas d'intervalles de muqueuse saine ;

- en dehors des poussées aigües la muqueuse rectale paraît normale, peut-être un peu pâle, mais elle reste toujours extrêmement fragile, le contact avec le porte-coton fait apparaître quelques suffusions hémorragiques.

e) Anatomo-pathologie :

Nous n'avons pas pu examiner macroscopiquement le côlon des deux malades du fait de l'évolution très favorable de l'affection, ce qui ne nous autorise nullement à nier l'existence possible des lésions macroscopiques suivantes, appartenant à la recto-colite ulcèro-hémorragique :

- la muqueuse colique est congestive et hémorragique, dépourvue de plissement, et ayant une couleur allant du rouge framboise au rouge violacé, vineux, presque noir ;

- la diffusion des lésions sur tout le côlon, ne laissant place à aucune zone de muqueuse saine ;

- l'infiltration inflammatoire des mésos qui sont, en outre, rétractés.

Nous devons tenir un raisonnement semblable en ce qui concerne les lésions microscopiques, étant donné que l'étude histologique des deux cas n'a pu être faite que sur une zone limitée, les lésions suivantes auraient très bien pu passer inaperçues :

- la dédifférenciation de certaines glandes ;

- les abcès cryptiques avec des débris nécrotiques, des polynucléaires altérés, et des cellules en bordure lésées ;

- l'atteinte possible des couches profondes, à type d'infiltration inflammatoire polymorphe.

f) Evolution :

Tous les auteurs admettent la gravité de la maladie lors de la première année de son déclenchement ; les lésions évoluent généralement du côlon gauche et du rectum vers le côlon droit, par poussées successives, par poussée continue ou subintrante, ou d'une manière fulminante. Elle est souvent émaillée de complications très variables :

- complications ano-rectales : l'ulcération, l'abcès et la fistule posent de difficiles problèmes diagnostiques avec la maladie de Crohn ;

- complications coliques : les pseudo-polypes, considérés par les auteurs français comme étant un aboutissement possible de la maladie ; les hémorragies massives que l'on observe dans

les formes fulminantes et les formes gauches (c'est dans ces cas que l'on a pu proposer l'électrocoagulation préfontale)(14) ; les perforations survenant, en règle générale, dans les formes graves et souvent lors d'une première attaque (le rôle des corticoïdes a été soulevé dans la génèse de ces perforations) ; les dilatations aigües du côlon; la cancérisation paraît être un risque non négligeable et Mac Dougal estime le risque de cancer dans la recto-colite ulcèro-hémorragique 30 fois supérieur au risque qu'encourt une population normale ;

- manifestations extra-digestives ; elles sont très diverses, allant des manifestations articulaires (synovites, spondylarthrite ankylosante) aux manifestations cutanéo-muqueuses (aphtes, glossites, urticaires, conjonctivites).

L'intervention chirurgicale est souvent nécessaire.

c) Conclusion :

La discordance clinique, biologique, radiologique, rectoscopique, histologique, et surtout évolutive, est tellement importante que l'on ne peut pas classer cette affection dans ce cadre.

III - Diagnostic différentiel avec les "formes a minima" de la recto-colite hémorragique.

Nous trouvons dans la littérature des formes de colites appelées "forme minima" de la recto-colite hémorragique, du fait qu'il leur manque plusieurs signes essentiels, mais ceux qu'elles possèdent permettent cependant de les classer dans cette catégorie.

Il peut s'agir, par exemple, d'une colite avec plusieurs

selles quotidiennes, glaireuses, légèrement sanglantes, accompagnées de coliques abdominales ; les examens paracliniques montrent une hyperleucocytose, une hypoalbuminémie importante, des altérations marginales coliques séparées par des intervalles apparemment sains au lavement baryté, une muqueuse rectale congestive et un peu fragile, des lésions histologiques atteignant les couches superficielles. Cette colite peut être classée dans ce nouveau cadre malgré l'absence d'hémorragie intestinale importante, de modification des haustrations et du calibre colique ou rectale, de fragilité extrême de la muqueuse rectale ; et la présence d'intervalles de muqueuse apparemment saine.

Nos observations n'entrent pas dans ce cadre parce que leur tableau ne comporte pas ce minimum de signes essentiels de la recto-colite hémorragique.

IV - Diagnostic différentiel avec les "formes a minima" de la maladie de Crohn du côlon.

La définition pour cette catégorie de maladie est semblable à la précédente.

De même, nous pouvons prendre comme exemple, un cas de colite avec une diarrhée faite de 3 à 5 selles par jour, pâteuses, légèrement sanglantes, non pulurentes, ni glaireuses, accompagnées de douleurs abdominales, entraînant une altération de l'état général au bout de quelques semaines d'évolution. Les examens complémentaires montrent, au lavement baryté, une atteinte organique du grêle terminal et du côlon, avec des images pavimenteuses au niveau de ce dernier ; une alternance de zones saines et de zones malades qui sont alors congestives, oedèmateuses, parfois ulcérées, à la rectroscopie; des lésions histologiques au niveau de toute la paroi colique, mais

ces lésions n'ont aucune spécificité ; l'évolution est chronique et aboutit à l'intervention chirurgicale. Bien qu'il manque les manifestations anales, les manifestations extra-digestives, les granulomes à cellules géantes sans caséification centrale, cette colite peut être assimilée à une maladie de Crohn du côlon.

Nos observations n'entrent pas davantage dans cette catégorie de la maladie de Crohn, toujours du fait qu'il leur manque le minimum de signes nécessaires de cette maladie.

-:-

V - Diagnostic différentiel avec les formes atypiques de la maladie de Crohn du côlon et de la recto-colite ulcèro-hémorragique.

Ces formes sont également appelées "formes intermédiaires", "formes aspécifiques", il s'agit d'affection ayant, par exemple, tous les caractères cliniques d'une RCUH, mais ceux des examens complémentaires sont en faveur d'une maladie de Crohn du côlon.

Il est impossible, actuellement, en l'absence de critères absolus de RCUH et de maladie de Crohn du côlon, de cataloguer ces affections dans une des deux grandes colopathies en question ; aussi, a-t-on créé ce nouveau cadre.

Au Symposium de Chicago en I966, Lewin (20); sur la base de 48 cas de colites granulomateuses, a trouvé I6 cas typiques de Crohn, I9 cas de RCUH (dont une avec des cellules géantes) et enfin 13 cas inclassables ; parmi ces derniers, une partie pouvant évoquer une maladie de Crohn au point de vue histologique, soit indiscernable, sur le plan clinique, d'une RCUH.

Hillemand a publié, également en 1966 (13), une observation de malade hospitalisée pour un tableau clinique et biopsique de RCUH, mais la pièce opératoire infirme ce diagnostic en faveur d'une maladie de Crohn iléocolique.

Nous voyons que cette difficulté de classement n'est pas propre à nos observations qui ne sont pas davantage des formes atypiques de RCUH et de maladie de Crohn du côlon, puisqu'elles n'ont aucun tableau spécifique clinique ou paraclinique de l'une ou de l'autre maladie, et par suite, encore moins contradictoires.

VI - Diagnostic différentiel avec les colites ulcèreuses cryptogénétiques des auteurs français.

Rachet, Busson et Debray (29), ont créé en I959 le cadre de "Colite ulcèreuse cryptogénétique" avec un syndrome bien défini dont nous décrivons schématiquement les caractéristiques :

a) Clinique :

- une diarrhée liquide très importante qui rapidement, en deux ou trois semaines, devient purulente sans que des coprocultures répétées ne décèlent aucun germe pathogène ;

- des douleurs abdominales souvent vives ;

- une fièvre variable qui, habituellement, apparaît seulement après quelques jours ou semaines d'évolution et peut être alors assez élevée ;

- très peu d'émissions sanglantes et toujours tardives ;

- l'état général est très progressivement touché avec amaigrissement très important.

b) biologie :

- l'anémie est pratiquement inexistante, les numérations globulaires la situent autour de 4.000.000 de globules rouges par millilitre ;

- l'hyperleucocytose est généralement modérée, 9.000 à 12.000 de leucocytes par millilitre, avec polynucléose neutrophile, 74 à 78% ;

- les troubles ioniques à type de baisse.

c) Radiologie :

- le côlon, dans un premier temps, ne révèle que des troubles fonctionnels de dystonie très marquée, essentiellement hypertonique, puis, dans un deuxième temps, il est très malade, dans son entier et dès le sigmoïde, son calibre est souvent réduit par une hypertonie importante, ses bords sont déchiquetés, spiculeux, avec de face l'aspect marécageux aréolaire ; le rectum est indemne.

d) Rectosigmoïdoscopie :

- le rectum est peu touché : congestion légère, diffuse ou, par places, saignement au contact ; souvent, strictement normal ;

- les ulcérations ne débutent que dans le sigmoïde après la jonction recto-sigmoïdienne ou plus haut, sous forme de très nombreuses petites ulcèrations à l'emporte-pièce avec dans l'intervalle une muqueuse à peine congestive.

e) Histologie :

- dans les formes opérées tôt, on observe une "sidération" trophique taillant la muqueuse à l'emporte-pièce et enlevant un fragment de revêtement, créant une ulcération ;

- les ulcérations à l'emporte-pièce bien que sépa-

rées les unes des autres sont cependant déjà orientées en bandes longitudinales ;

- dans les zones non encore ulcèreuses, on trouve dans la sous-muqueuse une vasodilatation intense des capillaires, des nappes congestives, préparant la chute trophique du revêtement.

f) Evolution :

Elle est souvent défavorable puisqu'il faut, dans la plupart des cas, intervenir chirurgicalement.

o

Nos observations ont un tableau qui se rapproche beaucoup de ce syndrome, tant clinique que paraclinique, mais, une fois de plus, il leur manque des signes et on ne peut les considérer comme des colites ulcéreuses cryptogénétiques car elles n'ont pas d'hyperleucocytose, de diarrhée purulente, d'aspect déchiqueté des bords coliques ; par contre leur rectum est le siège d'ulcérations assez nombreuses, et leur évolution est favorable sous un traitement médical.

La colite ulcèreuse cryptogénétique est, pour ces auteurs, une forme clinique, tout comme la RCUH, d'une seule et même maladie dont le substratum physio-pathologique neuro-vasculaire, sans préjuger de son étiopathogénie, est le même ; elle est sans rapport avec la maladie de Crohn, alors que pour les auteurs anglais elle n'est qu'une forme clinique de la maladie de Crohn.

Busson et Chomé prouvent le lien de parenté entre la

la colite ulcéreuse cryptogénétique et la recto-colite hémorragique en publiant en 1967 (5), deux observations de colite ulcèreuse cryptogénétique qui ont débuté par un tableau de recto-sigmoïdite pure muco-hémorragique, puis elles ont eu une poussée totale de recto-colite hémorragique, un an plus tard;

Dubarry et ses collaborateurs ont publié en 1970 (7) un cas de colite ulcèreuse cryptogénétique qui répond parfaitement au syndrome décrit plus haut. L'intervention chirurgicale a été nécessaire.

Viguié et ses collaborateurs ont publié en I965 (36) trois observations dénommées "colites ulcèreuses aigües" dont ils font l'étude clinique, radiologique et anatomo-pathologique.

La première observation correspond à la description de la colite ulcèreuse cryptogénétique, mais elle comporte, par endroits, des granulomes avec des cellules géantes, ce qui est en faveur d'une colite granulomateuse. D'autre part, ce malade a eu une fois, des amibes Entamoeba Histolytica dans ses selles ; Viguié n'a pas signalé si ce malade a eu un traitement spécifique. L'intervention chirurgicale a été nécessaire.

La deuxième observation a une clinique de colite ulcéreuse cryptogénétique mais il existe une atteinte iléale associée où on y trouve, ainsi que dans le côlon, "des lésions partout identiques, ulcèreuses, granulomateuses, tuberculoïdes, caractéristiques d'une maladie de Crohn"; on a trouvé, une fois, dans les selles, des bacilles acido-alcalo-résistantes, mais l'auteur n'a pas précisé si des recherches d'identification de ces bacilles ont été entreprises, et quels étaient leur résultat ? L'intervention chirurgicale a été nécessaire.

Ces deux malades, comme les nôtres, ont été hospitalisés au mois d'avril !

La troisième observation ressemble plus à nos observations qu'à une colite ulcèreuse cryptogénétique car on voit des ulcèrations rectales à la rectoscopie, et puis l'évolution a été assez favorable sous traitement médical, mais la malade a eu une rechute moins d'un an après (il semble que le malade n'ait été, à aucun moment, traité par des corticoïdes)

Vachon et ses collaborateurs ont publié en 1970 (32), à propos de 11 cas, un article intitulé : "Colites et iléo-colites ulcéreuses essentielles" dans lequel, après avoir exposé les observations, ils ont fait une étude synthétique de celles-ci, puis, ont comparé le tableau obtenu avec la recto-colite hémorragique et la maladie de Crohn, et sont arrivés à la conclusion qu'il s'agit probablement, d'un groupe de transition entre les deux grandes affections.

En étudiant ces observations, nous constatons que certaines peuvent être classées de la manière suivante :

a) Dans les formes a minima de la maladie de Crohn :

. L'observation n°2 a des atteintes segmentaires de l'iléon terminal et du côlon, avec des lésions touchant toutes les tuniques et comportant une inflammation granulomateuse avec des cellules géantes. Intervention chirurgicale nécessaire.

. L'observation n°3, à part le choc affectif, a une clinique très concordante avec le diagnostic, ainsi que l'atteinte iléocolique. La présence de cellules géantes est un argument supplémentaire de poids. Intervention chirurgicale nécessaire.

b) Dans les formes a minima de la recto-colite hémorragique :

. L'observation n° 7 a, en plus de la diarrhée, une hémor-

ragie intestinale de sang rouge, une muqueuse rectale fragile saignant au contact du rectoscope. On ne peut que regretter l'absence d'étude histologique faite au niveau du rectum.

c) Deux observations ressemblent aux nôtres, mise à part l'évolution qui est un peu moins favorable :

L'observation n° 5 a une diarrhée pâteuse de 2 à 3 selles par jour, dépourvue de mucus, de pus, ou de sang, l'amaigrissement d'une dizaine de kilogrammes, l'absence de signe physique ; on retrouve à la rectoscopie, une muqueuse rectale inflammatoire avec deux ou trois micro-ulcérations. L'évolution a été favorable sous traitement médical, mais la malade a fait une rechute identique à la première crise, également résolutive à la suite du traitement médical. Il faut déplorer que les examens paracliniques soient insuffisamment mentionnés, notamment l'absence de biopsie et d'étude histologique pratiqués sur les micro-ulcérations.

. L'observation n° IO a une muqueuse rectale parsemée de larges ulcérations peu hémorragiques, tandis que le lavement baryté montre des images en "bouton de chemise" sur le côlon gauche et la moitié gauche du transverse. Cette crise de colite régresse sous un traitement médical, mais il existe une rechute deux ans après et on trouve alors à la rectoscopie des ulcèrations et des formations polypoïdes. A l'histologie, les tubes glandulaires sont hypersécrètants et le chorion est inflammatoire. Cette dernière crise rétrocède également sous traitement médical.

Les observations n° 5 et n° 10 sont comparables aux nôtres sauf la régression moins rapide et une rechute importante. Il est dommage que les observations ne soient pas plus détaillées, notamment en ce qui concerne les examens complémentaires.

Nos observations ne font probablement pas partie des "colites spécifiques" car elles ne comportent ni amibes, ni bacilles de Koch, ni antécédents d'antibiothérapie, ni bacilles type Shigella.

-:-

REMARQUES AU SUJET DU TRAITEMENT

La plupart des auteurs pensent que, devant la gravité de la maladie, le seul traitement est chirurgical. Un traitement médical, à base de régime sans résidu, d'équilibration hydro-électro-protéique, d'antibiotiques ou d'antiseptiques intestinaux, et parfois de corticoïdes mais avec prudence à cause des perforations possibles, et à faible dose, peut prolonger l'évolution de la maladie, ou rendre le terrain meilleur en vue d'une intervention chirurgicale. Ils reconnaissent l'efficacité des corticoïdes sur les poussées mais craignent les perforations intestinales (Rachet en a publié un cas) et ne les utilisent qu'avec prudence. Or les corticoïdes n'ont pas les mêmes actions à faible et à forte dose, parfois même, elles sont contradictoires ; ainsi, on peut utiliser de fortes doses de corticoïdes pour lutter contre le choc engendré par une importante hémorragie gastro-duodénale ulcèreuse.

Ils pensent également qu'il ne faut pas attendre trop longtemps une vaine guérison médicale et risquer de dépasser, de ce fait, le moment chirurgical.

Nos malades ont reçu d'assez fortes doses de corticoïdes par voie locale et par voie générale ; est-ce pour cela que l'évolution de leur maladie a été aussi heureuse ? Nous ne le pensons pas.

R E S U M E E T C O N C L U S I O N S

Nous avons eu l'occasion d'étudier deux cas de colites qui illustrent la grande difficulté que l'on peut rencontrer parfois pour classer ces affections dans les grands cadres de colopathies organiques bien individualisées actuellement, telle la Recto-colite ulcèro-hémorragique, la maladie de Crohn du côlon.

Les deux observations sont identiques et leur tableau est particulier, par un début brutal de diarrhée fébrile faite de 3 à 4 selles quotidiennes, molles, non glaireuses, non purulentes, ni sanglantes, accompagnées de douleurs abdominales à type de coliques. Ces signes persistant malgré plusieurs traitements symptômatiques, entraînent une altération progressive mais importante de l' état général au bout de 2 à 6 mois d'évolution, aboutissant, du fait du déséquilibre hydro-électrolytique, à la nécessité d'une réanimation avec cortico-thérapie.

Les examens complémentaires montrent l'absence d'hyperleucocytose malgré le tableau infectieux, une hyperéosinophilie en dehors de tout phénomène allergique, l'existence d'une hyper alpha 2 globulinémie sans hyper gammaglobulinémie, d'une créatorrhée, d'une stéatorrhée, l'absence de parasite et de germe causal dans les selles ; le lavement baryté montre une pancôlite avec des lésions ulcèreuses et des images d'hyperhaustration ; la rectoscopie permet de voir une muqueuse rectale

non fragile, parsemée d'ulcèrations de 2 à 3 cm de diamètre, bien découpées, séparées par des intervalles de muqueuse apparemment saine ; l'étude histologique, pratiquée sur des pièces de biopsie rectale, indique des lésions superficielles atteignant l'épithélium de revêtement qui est ulcéré, les tubes glandulaires sont hypersécrètants, le chorion est le siège d'une réaction inflammatoire non spécifique de type lympho-plasmocytaire. On ne constate pas la présence de nodule sarcoïdosique, ni d'amas amibien.

L'évolution est rapidement régressive sous le seul traitement médical ; les premiers signes à disparaître sont les signes cliniques, puis les signes biologiques, puis les signes rectoscopiques, et enfin les signes radiologiques.

Il n'y a pas de récidive après un recul de deux ans.

Le tableau n'est donc pas intégrable dans les deux grands cadres que sont la Recto-colite ulcèrohémorragique et la maladie de Crohn du côlon.

Beaucoup d'auteurs ont eu de semblables difficultés avec des colopathies qui possèdent une certaine homogénéité dans les symptômes, avec, cependant, de minimes différences entre elles.

Busson, Rachet et Debray les individualisent sous le nom de "colites ulcèreuses cryptogénétiques" ; elles ne seraient avec la recto-colite hémorragique que deux expressions cliniques d'une même maladie. La conclusion serait chirurgicale.

Pour les auteurs anglais, ces "non-specific ulcerative colitis" ne sont, au contraire, qu'une forme clinique de la maladie de Crohn, car on y trouve de temps à autre des granulomes à cellules géantes.

Pour Viguié et ses collaborateurs, ces "colites ulcèreuses aiguës" ne sont que des colopathies de transition entre la recto-colite hémorragique et la maladie de Crohn. L'évolution est généralement défavorable et justifiable d'une intervention chirurgicale.

Nos observations se rapprochent beaucoup des colites ulcéreuses cryptogénétiques, mises à part la présence d'ulcèrations rectales lors de la première poussée, et l'évolution favorable sous traitement médical avec corticothérapie.

On peut se demander s'il s'agit d'une forme (à cause des ulcèrations rectales) de colite ulcèreuse cryptogénétique dont le traitement médical a été bien conduit ? D'une forme clinique de recto-colite hémorragique ? Ou d'un nouveau type de colopathie organique ? Ces questions ne seront résolues que le jour où l'on aura trouvé des critères absolus pour distinguer une maladie de Crohn d'une recto-colite hémorragique, d'une colite ulcèreuse cryptogénétique, ou d'une "colite ulcèreuse aiguë régressive" comme nous nous proposons d'appeler le tableau créé par ces deux cas.

-:-

Vu :
Le Président :

Signé : S. BONFILS

Vu :
Le Doyen :

Signé : J. BAUMANN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

(1) - Albot G. & Coll.
Les aspects pathologiques de la maladie de Crohn du côlon.
A propos de 3 cas.
Sem. Hôp. Paris, 20 Déc. I969, 45, 3296/305.

(2) - Banks B.M., Korelitz B.L., Zetzel L.
The course of non specific ulcerative colitis : review of twenty year's experience and late results.
Gastroenterology, 32 ; 983-1012, 1957.

(3) - Bonfils S., M'Uzan M.(de) et Caulin C.H.
Les interactions psychosomatiques dans la recto-colite hémorragique. Fréquence, intérêt théorique et pratique.
BM. Soc. Med.Hôp., Paris, 1965, 116, n°2 p.201/208

(4) - Busson A.
Le rectum dans les colites ulcèreuses d'emblée avant et après opération.
Arch. Fr.Mal.App.Dig. Mars I964, 53, p. 83/84.

(5) - Busson A. et Chomé J.
Colites ulcèreuses cryptogénétiques et recto-colites hémorragiques.
Arch.Fr.Mal.App. Dig. 56, 2967, n°6 p 563/570.

(6) - Cropper CFJ :
Idiopathic granular proctitis
Lancet, 1 : 1253/1254, 1955.

(7) - Dubarry J.J., Bancons J., Quinton A., et Faivre J :
Le problème des colites ulcèreuses dites cryptogénétiques.
L'Hôp. Infor.Thé. , I970, Tome 1, N°1, p.27/31.

(8) - Dupuy R., Bernadès P., et Costes Th.
Maladie de Crohn du côlon
Méd.Int.,vol 5, n°11,Nov.1970, p.837/847

(9) - Dyer N.H. & Coll.
The value of rectal biopsy in the diagnosis of Crohn's disease
Scand.Journ.Gastroent.,1970,5,p.491/6.

(10) - Glotzer D.J., Gardner R.C., Goldman H.,& al.
Comparatives features and course of ulcerative and granulomatous colitis.
New Eng.,J.Méd., 282, 582/587, I970.

(11) - Hawk W.A., Turnbull R.B., and Schofield P.F.
Monspecific ulcerative colitis
Surgery, Nov. I969, vol.66, n°5, p.953/964

(12) - Hemet J. & Coll.
Remarques sur la cicatrisation des lésions coliques dans la maladie de Crohn; A propos de 4 cas d'iléocolites.
Ann. Anat.Path.,Paris,Juil/Sept.1969,14,319/26.

(13) - Hillemand P.
Un cas d'iléocolite aspécifique
Press.Méd.,5 nov.I966, 74, n°47, p.83.

(14) - Hillemand P.
La place de l'électrocoagulation des fibres thalamo-corticales dans le traitement de la recto-colite hémorragique.
Actual.Hépat.Gastro.Enter., 1968,4,A276/A281.

(15) - Hivet M. & Coll.
Maladie de Crohn du côlon avec lésions anales et périanales dominantes.
Arch.Fr.Mal.App.Dig.,Juil./Août 1970, 59, 481/8.

(16) - Hivet M. & Coll.
Maladie de Crohn du côlon total.
Sem.Hôp.Paris, 14 avril 1970,46, 1243/6.

(17) - Lambling A. et Loygue J.
Acquisitions récentes dans le domaine de la recto-colite hémorragique
Conc.Méd.,20 déc.I969,91, 9657/9659.

(18) - Lambling A., Bernier J.J., Gougis M., et Richir Cl.
Lésions de l'iléon au cours de la recto-colite hémorragique.
Arch.Fr.Mal.App. Dig., Tome 51, n°11, Nov.I962,p.1297/1324.

(19) - Lennard-Jones J.E.,Cooper G.W., Newell A.C. & al.
Observations on idiopathic proctitis.
Gut,3:201/206, 1962.

(20) - Lewin K., Swales J.D.:
Granulomatous colitis and stypical ulcerative colitis : histoligical features, behavior and prognosis.
Gastroenterology,50:211/223,1966.

(21) - Lockart-Mummery H.E. and Morson B.C.
Crohn's disease of the large intestine
VII Congrès internationnal de gastro-entérologie,
Imprimerie des Sciences, Bruxelles, 5,vol.1 p. 495.500.

(22) - Martin E. & Coll.
A propos du diagnostic anatomo-pathologique de la maladie de Crohn du côlon.
Mem.Acad.Chir.,Paris, 1968, 94, 146/152

(24) - Maudin G.
Maladie de Crohn du côlon.
Conc.Méd., 23 janv.1971,93,n°4,p.525/539.

(25) - Paris J. & Coll.
La maladie de Crohn du côlon.
Lille Méd.,Nov.1968,13,979/86.

(26) - Parturier-Albot M.
La recto-colite ulcéro-hémorragique et la colite ulcèreuse formes cliniques
Actual.Hépat.Gastro.Entér.I968,n°2,AI06/A130.

(27) - Parturier-Albot M. et Crespon B.
Localisations anales de la maladie de Crohn.
Entret.Bichat Méd., livre n°395, 1969, 654/ 662.

(28) - Powell S.J., and Wilmot A.J.
Ulcerative post-dysenteric colitis
Gut.7:438,1966.

(29) - Rachet J., Busson A., Debray Ch.
La colite ulcèreuse cryptogénétique.
Maladies de l'intestin et du péritoine. Editions Médicales. Flammarion, Mise à jour I959, 856a/856h.

(30) - Shkheter La & Coll.
X ray diagnosis of granulomatous colitis
Vestn.Rentgen.Radiol.,Nov/Déc.1969,44,62/70.

(31) - Soullard J.
Diagnostic et traitement de la recto-colite hémorragique.
Conc.Méd.,8 fév.I969,91,1139.

(32) - Vachon A., Paliard P., Gauthier J., Tete R., et Mme Guillaud.
Colites et iléo-colites ulcèreuses essentielles
Arch.Fr.Mal.App.Dig.,1959,58,n°3, p.101/128

(33) - De la Vaissière G. & Coll.
Maladie de Crohn du côlon. A propos de 40 cas.
Actual.Hépat.Gastr.Entér.,Août/ Sept.I969,5,B187/224.

(34) - Vallery-Radot C.
Les auto-anticorps dans la recto-colite hémorragique.
Vie Méd., Mars I970, 51,n°10, 1542.

(35) - Vallin J. Gavelle M. et Dupuy R.
Frontières des colites ulcèreuses
R.P.1963, Tome XIII,n°9,983/986.

(36) - Vigué R., Roberti A., Auriol M., Vesin P., et See E.
Colite ulcèreuse aiguë : étude clinique, radiologique et anatomo-pathologique de 3 observations.
Sem.Hôp., 1965,26,n°20.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-